Aus dem Städtischen Allerheiligenhospital zu Breslau
Dermatologische Abteilung (Prof. Dr. W. Harttung).

Kasuistische Mitteilungen
über
Gelenkerkrankungen bei Lues acquisita.

Inaugural-Dissertation

der

Hohen Medizinischen Fakultät der Kgl. Universität Breslau

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin und Chirurgie

vorgelegt und mit Genehmigung derselben veröffentlicht von

Stefan Wysocki,
app. Arzt.

Breslau 1910
Schlesische Druckerei-Genossenschaft, e. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Breslau.

Referent: **Professor Dr. Neisser.**

Seinen lieben Eltern

in Dankbarkeit.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543102_0055

Die Frage, ob die Syphilis auch die Gelenke befällt, ob es somit spezifische Arthropathieen gibt, harrte lange Zeit der Lösung. Während man auf der einen Seite das Vorkommen der Gelenkaffektionen auf spezifischer Basis mit einer an Gewissheit grenzenden Wahrscheinlichkeit behauptete, zweifelte man auf der anderen Seite überhaupt an der Existenz einer syphilitischen Arthritis, da der einzig zwingende Beweis, nämlich der durch die Autopsie erbrachte, fehlte. Erst im Jahre 1869 wurde von Oedmansson ein Fall von luetischer Gelenkerkrankung durch die Sektion bestätigt und damit die ganze Frage aus dem Reiche der Spekulation ins Reelle gerückt. In den folgenden Jahren ist durch die Arbeiten Lancereaux', Fourniers, Giess', Volkmanns, Schüllers und Virchows die Frage soweit geklärt, dass ein Zweifel an der Existenz der spezifischen Gelenkentzündungen nicht mehr berechtigt ist. In neuerer Zeit haben Rasch, Borhardt Beiträge zur Kenntnis der luetischen Gelenkerkrankungen geliefert, ohne aber wesentlich neue Gesichtspunkte zu bringen.

Man glaubte früher, durch Veröffentlichung zahlreicher Fälle von syphilitischen Arthropathieen abgeschlossene klinische Krankheitsbilder aufstellen zu können. (Schüller, Landerer.) Spezifische Merkmale für ein syphilitisches Gelenkleiden gibt es jedoch nicht.

„Die Gelenke können schmerzhaft, aber auch schmerzlos sein; sie können eine Anschwellung darbieten, können wieder keinerlei Erguss erkennen lassen. Sie sind zum Teil gerötet und in lebhafter Entzündung, und zum Teil ist die bedeckende Haut gänzlich unverändert“ (Harttung). Von einem abgeschlossenen klinischen Bilde kann also keine Rede sein. Im Gegenteil: es gibt überhaupt kein klinisches Bild, was spezifisch für die Lues der Gelenke wäre und Gelenkerkrankungen auf anderer aetiologischer Basis nicht zukäme. Die Diagnose eines syphilitischen Gelenkleidens wird sichergestellt durch genaue Anamnese, Auffinden anderer luetischen Erscheinungen, Ausbleiben der Salicylsäurewirkung, dagegen rascher Wirkung einer spezifischen Kur.

Ich hatte im vergangenen Jahre Gelegenheit auf der dermatologischen Abteilung des Allerheiligenhospitals zu Breslau eine Anzahl Fälle von Gelenkerkrankungen bei erworbener Syphilis zu sehen, die einiges Interesse bieten und mir als kasuistischer Beitrag der Publikation wert erscheinen.

Fall 1.

M. B., 23 Jahre alt, Stubenmädchen. Aufgenommen am 16. I. 09 auf die innere, verlegt 1. II. 09 auf die dermatologische Abteilung, entlassen 30. III. 09.

Anamnese: B. stammt aus gesunder Familie; will bis jetzt nie ernstlich krank gewesen sein. Vor zwei Tagen erkrankte sie mit Schmerzen in den Knien, Fieber und allgemeinem Unbehagen. Die Schmerzen kamen dann in den linken Arm (Hand- und Ellenbogengelenk), den rechten Arm und das rechte Fussgelenk. Halsschmerzen hat Patientin vorher nicht gehabt; auch an Ausschlägen will sie nie gelitten haben.

Status: kräftig gebautes Mädchen mit gut entwickelter Muskulatur, in gutem Ernährungszustande. Temperatur 38,4, Puls 90. Haut und Schleimhäute blass. Lungenbefund normal. Herz in

normalen Grenzen, reine Töne, regelmässige Aktion. Abdominalorgane ohne Besonderheiten. Nervenstatus weist keine Abweichung von der Norm auf.

Linkes Knie fühlt sich heiss an, ist geschwollen, steht in leichter Beugestellung. Ballottement der Patella. Linkes Handgelenk geschwollen, heiss, rot, schmerzhaft bei Bewegungen. Ganz frei sind Schulter-, Hüft- und kleine Gelenke.

Therapie: Diplosal dreimal täglich 1,0. Flüssige Kost.

18. I. Patientin fiebert, abends 38,3. Auch das rechte Handgelenk ist jetzt befallen. Ichtyolpackung.

19. I. B. klagt über starke Schmerzen auch im linken Fussgelenk, das geschwollen und heiss ist. Diplosal viermal täglich 1,0.

21. I. Zustand unverändert. Fieber abends 38,9. Diplosal sechsmal täglich 1,0.

22. I. Auch das rechte Fussgelenk ist jetzt geschwollen und schmerzhaft. Natrium salicylicum viermal täglich 1,0. Fieber unverändert.

23. I. Venaepunktio. Blutplatten.

25. I. Blutplatten sind steril geblieben. Das rechte Fussgelenk ist stark gerötet. Fieber gestern 39,3, heute 38,7.

26. I. Da Patientin sich gegen Salicyl refraktär verhält, Kal. jodat, Aq. dest. aa dreimal 40 Tropfen.

27. I. Blutplatten sind steril geblieben; auch in Blutbouillon ist nichts gewachsen. Serologische Untersuchung auf Lues positiv.

30. I. Befinden unverändert. Fieber konstant.

1. II. Verlegt nach der dermatologischen Abteilung. Beginn einer Injektionskur. Jodkali dreimal 1,0.

Befund: Zahlreiche Acneknötchen im Gesicht und auf dem Rücken. Leisten-, Hals- und Nackendrüsen klein fühlbar. Keinerlei klinische Zeichen für Lues. Beide Fussgelenke ziemlich stark geschwollen, gerötet, druckempfindlich, Funktion behindert. Kniegelenke weniger geschwollen, Haut normal. Beide Handgelenke schmerzhaft und geschwollen. Im rechten Schultergelenk bei Bewegungen geringe Schmerzen. Keine Gonorrhoe: weder in Urethra, noch Cervix, noch Bartholinischen Drüsen und Rectum.

3. II. Die Schmerzen in den befallenen Gelenken sind geringer. Seit gestern subfebrile Temperaturen 37,8.

4. II. Temperatur 37,5.

5. II. Die Gelenke werden mit grauer Salbe eingerieben und ein Gummidruckverband angelegt. Fortsetzung der Allgemeinbehandlung.

6. II. Temperatur weiter normal.

17. II. Der Zustand der Patientin hat sich bedeutend gebessert. Sie kann schon ohne Beschwerden gehen.

1. III. Es besteht nur noch eine geringe Schwellung des rechten Knöchelgelenkes; die übrigen Gelenke zeigen normales Aussehen und sind bei Bewegungen nicht mehr schmerzhaft. Temperatur normal.

9. III. Gelenke frei beweglich.

29. III. Kur beendet. Patientin wird geheilt entlassen.

Bei diesem Falle handelt es sich also um eine ganz unter dem Bilde eines akuten Gelenkrheumatismus einsetzende Erkrankung, die dementsprechend zunächst mit Salicylpräparaten behandelt wurde. Erst das Versagen dieser Therapie liess Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose aufkommen. Für Gonorrhoe lag kein Anhaltspunkt vor, für Lues sprach der positive Ausfall der Wassermannschen Reaktion. Der Erfolg der auf Grund der positiven Serodiagnose eingeleiteten spezifischen Therapie zeigte, dass es sich in diesem Falle um eine luetische Gelenkaffektion handelte.

Fall 2.

M. P., 24 Jahre alt, Puella publica. Aufgenommen auf die Hautabteilung 10. III. 09, entlassen 24. IV. 09.

Anamnese: Patientin behauptet, bis zu ihrem 21. Lebensjahre stets gesund gewesen zu sein. Damals erkrankte sie an Blinddarmentzündung, die ohne operativen Eingriff zurückging. Seit Mai 1908 steht Patientin unter sittenpolizeilicher Aufsicht und befand sich seitdem wegen Gonorrhoe mehrere Male hier in Behandlung. Bei ihrer ersten Einlieferung wurde sie wegen schwerer gonorrhoischer Adnexerkrankungen auf die hiesige gynaekologische Abteilung verlegt. Gelenkaffektionen sind nie vorgekommen. Vor einiger Zeit stellte sich bei der Patientin Reissen im ganzen Körper ein, das auf Anwendung von indifferenten Einreibungen sich nicht besserte. Erst mit dem Ausbruche eines Hautausschlages schwand das Reissen; es stellten sich aber gleichzeitig Schmerzen in beiden Ellenbogengelenken ein.

Status: Grazilgebaute, blass aussehende Person in leidlichem Ernährungszustande. Temperatur 36,7. Herz in normalen Grenzen. Töne rein, leise. Lungen ohne nachweisbare pathologische Veränderung. An beiden grossen Schamlippen und am After erbsengrosse, nässende Papeln. Die linke Tonsille ist verschleiert; auf

der rechten bemerkt man einen Plaque. Sämtliche Drüsengruppen sind geschwollen. Der Stamm und die Extremitäten mit einem sehr zahlreichen, makulösen Exanthem bedeckt.

Beide Ellenbogengelenke werden leicht gebeugt gehalten und sind bei Bewegungen schmerzhaft. Eine Schwellung ist nicht vorhanden. Haut normal. Die übrigen Gelenke sind frei.

Therapie: Allgemeinbehandlung mit Hg.-Salicylinjektionen. Auf die befallenen Gelenke Verbände mit grauer Salbe.

10. III. Injektion von 0,05 Hg.-salicyl.

11. III. P. klagt heute über stärkere Schmerzen in den Ellenbogengelenken. Dieselben sind auch leicht druckempfindlich. Temperatur normal.

20. III. Die Ellenbogengelenke sind freibeweglich; Schmerzen völlig geschwunden.

28. III. Gutes Allgemeinbefinden. Gelenke frei.

24. IV. Patientin erhielt während ihres Aufenthaltes 0,825 Hg.-salicyl. und 93 g Ungt. Hydrarg. cin. Symptomlos entlassen.

Im praeeruptiven Stadium stellten sich hier schon Körper- und Muskelschmerzen ein, die als der Ausdruck einer allgemeinen Vergiftung des Körpers, wie bei jeder anderen Infektionskrankheit, aufzufassen sind. Die Gelenke waren zu der Zeit nicht befallen. Erst mit dem Ausbruch des Exanthems trat eine Affektion beider Ellenbogengelenke ein. Dieser Fall beansprucht insofern Interesse, als hier auf die erste Injektion sich die Schmerzhaftigkeit der befallenen Gelenke bedeutend steigerte, um bald darauf völlig zu verschwinden. Objektiv konnte man eine Druckempfindlichkeit und leichte Rötung der Haut feststellen. Harttung ist der Auffassung, dass es sich dabei nicht um eine einfache Toxinwirkung, sondern dass es sich schon um eine Spirochaetenverschleppung handelt und schliesst es hauptsächlich aus der Tatsache, dass die Gelenke wie im vorliegenden Falle mit vermehrter Entzündung und stärkeren Schmerzen reagieren, wenn man mit der spezifischen Behandlung beginnt. Diese pathologische

Tatsache steht in Analogie zu dem plötzlichen Exacerbieren eines bisher vielleicht kaum erkennbaren Luesexanthems nach Einleitung der hypodermatischen Quecksilberbehandlung. (Herxheimer, Rille, Harttung.)

Fall 3.

A. H., 34 Jahre alt, Arbeiterfrau. Aufgenommen auf die innere Abteilung 3. III. 09, verlegt 5. III. 09 auf die dermatologische, entlassen 5. IV. 09.

Anamnese: Mutter starb an Lungenentzündung. Vater lebt, klagt oft über Schmerzen im Rücken. Von sechs Geschwistern sind vier gestorben. Die Todesursache weiss Patientin nicht anzugeben. Zwei Geschwister leben und sind gesund. Seit einem Jahre ist Patientin von ihrem Manne geschieden. Vier Geburten: ein Kind starb an Karbunkeln, eins an Darmkatarrh. Zwei Kinder leben und sind gesund. Vor einem halben Jahre hat Patientin eine Fehlgeburt gehabt. Sie hat als Kind die Masern durchgemacht. Vor fünf Jahren Lungenkartarrh; behauptet, sonst nie ernstlich krank gewesen zu sein. Seit zirka fünf Wochen befindet sie sich wegen Reissens in den Schultergelenken, in beiden Knien und im Nacken in ärztlicher Behandlung. Da die häusliche Behandlung erfolglos ist, wird sie am 3. III. 09 auf die innere Abteilung mit der Diagnose Polyarthritis rheumatica aufgenommen und nach drei Tagen wegen Verdacht auf Gelenklues auf die dermatologische verlegt.

Status: Patientin ist normal gebaut, in mittelmässigem Ernährungszustande. Blasses Aussehen. Temp. febril. Die Haut des ganzen Körpers ist besät mit einem schwer sichtbaren, abklingenden makulösen Exanthem. Auf der behaarten Kopfhaut sind vereinzelte, mit Krusten bedeckte, papulöse Efflorescenzen und am After nässende Papeln vorhanden. Die Schleimhäute sind frei. Hals- und Leistendrüsen deutlich palpabel; unterhalb des linken Ohres eine etwa kastaniengrosse, sehr druckempfindliche Drüse.

Viertes rechtes Sternocostalgelenk geschwollen, sehr druckempfindlich. Fünftes und drittes Gelenk ebenfalls, doch weniger empfindlich. Beide Schulter- und Kniegelenke leicht geschwollen, druckempfindlich. Ein Erguss ist nicht nachweisbar. Die übrigen Gelenke sind frei.

Brustorgane ohne Besonderheiten. Der Leberrand überragt den Rippenbogen in der Mammillarlinie um eine Fingerbreite.

Therapie: Allgemeinbehandlung mit Hg.-Salicylinjektionen und local Ungt. cinereum.

14. III. Der Zustand der Patientin hat sich bedeutend gebessert; Temperatur schon nach zwei Tagen normal.

17. III. Die Schwellung der Gelenke ist ganz zurückgegangen, die Schmerzen haben nachgelassen, nur bei extremer Streckung der Arme nach oben bestehen noch geringe Schmerzen.

30. III. Patientin ist völlig beschwerdefrei.

6. IV. Nach 0,725 Hg.-salicyl in poliklinische Behandlung entlassen.

Dieser Fall ist insofern interessant, als sich hier schon lange irritative Zustände infolge von Syphilis in einzelnen Gelenken fanden, die sehr wichtig für die Diagnose sind. Diese im praeeruptiven Stadium auftretenden Gelenkaffektionen haben mit den Gelenken selbst nichts zu tun, da es sich meist um paraartikuläre Erkrankungen handelt, an denen sich Sehnen, Muskeln und Bänder beteiligen. (Renvers, Rosenthal.)

Auch diese Patientin kam mit der Diagnose Polyarthritis rheumatica zur Aufnahme. Erst mit dem Auffinden des schon fast abgeklungenen Exanthems wurde die richtige Diagnose gestellt und durch den Erfolg der eingeleiteten antiluetischen Kur bestätigt. Der Fall bietet noch insofern Interesse, als die Erkrankung neben der häufigeren Lokalisation in grossen Gelenken auch kleinere und zwar mehrere Sternocostalgelenke befiel.

Fall 4.

M. M., 19 Jahre alt, Dienstmädchen. Aufgenommen 5. I. 09 auf die innere, verlegt 6. I. 09 auf die dermatologische Abteilung.

Anamnese: Als Kind hat die Patientin Masern gehabt; während der Schulzeit will sie nie ernstlich krank gewesen sein. Sie weiss nichts von einer syphilitischen Infektion. Sie will aber vor zwei Jahren einen Hautausschlag gehabt und eine Schmierkur durchgemacht haben. Seit drei Tagen Schmerzen in den Knie- und Fussgelenken. Einige Zeit vorher ist ein Ausschlag am Körper aufgetreten, der noch jetzt besteht. Sie kommt mit der Diagnose Polyarthritis acuta auf die innere Abteilung und wird bald darauf

auf Grund der als spezifisch erkannten Hautaffektion auf die dermatologische verlegt, weil an eine luetische Gelenkerkrankung gedacht wird.

Status: Gut genährtes, kräftig gebautes Mädchen. Hautfarbe blass. Kyphoscoliose mässigen Grades; Rippenbuckel rechts. Temperatur 37,8. Puls 88.

Auf der Unterbauchgegend, über dem Kreuzbein und an dem Nabel annuläre Syphilide. Die kleinen lichenoiden Papeln bilden den Rand der einzelnen Ringe, das Zentrum etwas bräunlich verfärbt, die Epidermis daselbst zum Teil im Abschuppen. Die ingunialen, cubitalen und cervicalen Drüsen sind vergrössert. Beide Tonsillen verschleiert. Die beiden Knie- und Fussgelenke zeigen eine mässige Schwellung, hingegen keine Rötung. Bewegung in denselben sind sehr schmerzhaft. Nervensystem frei Lungen ohne nachweisbare pathologische Veränderung. Herz in normalen Grenzen, unreiner erster Ton an der Spitze. Zweiter Pulmonalton akzentuiert. Serodiagnose positiv.

Allgemeinbehandlung mit Hg.-Salicyleinspritzungen: lokal: Verbände mit grauer Salbe.

12. I. Knöchelgelenke frei beweglich. Rechtes Kniegelenk bedeutend gebessert; linkes dagegen noch sehr schmerzhaft.

16. I. Seit gestern rechtes Kniegelenk ganz frei, linkes unverändert.

20. I. Patientin klagt immer noch über Schmerzen im linken Kniegelenk. Jodkali dreimal täglich 1,0.

22. I. Schmerzen im linken Knie bedeutend geringer.

2. II. Gelenke frei beweglich. Auf Wunsch der Eltern entlassen.

Auch dieser Fall zeigt sehr grosse Ähnlichkeit mit einer Polyarthritis rheumatica und wurde zunächst dafür gehalten. Es bestand sehr grosse Schmerzhaftigkeit, geringe Schwellung, starke Druckempfindlichkeit und mässiges Fieber. Erst als die Salicyltherapie keine Wirkung zeigte und man das Exanthem für spezifisch erklärte, neigte man dazu, dass es sich um eine luetische Gelenkerkrankung handeln könnte. Der Fall ist insofern von Bedeutung, als hier Quecksilber allein keine eklatante Wirkung entfaltete. Erst unter der kombinierten Behandlung mit Jodkali trat in kurzer Zeit eine bedeutende Besserung ein. „Die erste Erscheinung, das

Ausbleiben der Reaktion auf Quecksilber in der Frühperiode, erscheint, wenn man sich die anatomischen Bilder der Gelenkerkrankung in dieser Zeit vergegenwärtigt, nicht so sehr wunderbar; denn man findet in ihnen schon ganz früh, speziell bei den Zottenerkrankungen, neben Frühformen von Gefässalterationen ganz ausgesprochene echte Gummata, und zwar findet man diese gummösen Neubildungen bei gewöhnlichen und einfachen Fällen, nicht etwa nur bei solchen, welche in das Gebiet der Lues praecox gehören würden" (Harttung).

Fall 5.

P. H., 20 Jahre alt, Kutscher. Aufgenommen 17. III. 09 auf die chirurgische, verlegt 7. V. 09 auf die dermatologische Abteilung. Entlassen 19. VI. 09.

Anamnese: Eltern und drei Geschwister leben und sind gesund. Fünf Geschwister sind als kleine Kinder gestorben. In der Kindheit Masern, mit 18 Jahren Bruch des linken Unterschenkels; seitdem gesund gewesen bis Mai 1908. Mitte dieses Monats wurde Patient wegen Phimose mit Initialsclerose operiert. Vier Wochen später erschien er mit einem makulösen Exanthem und kolossalen Plaques auf den Tonsillen in unserer Poliklinik und machte daselbst eine Quecksilberkur (0,876 Hg.-salicyl) durch. 11. März 09 fiel Patient angeblich auf der Strasse auf das rechte Knie und bald darauf schwoll letzteres unter geringen Schmerzen stark an. Eine Woche später suchte H. das Hospital auf und wurde zirka sieben Wochen auf der chirurgischen Abteilung mit Streckverbänden, Bierscher Stauung, Punktion des Gelenkes und Heissluftapplikation behandelt. Da auf diese therapeutischen Massnahmen keine Besserung eintrat, wurde auf Grund multipler Drüsenschwellungen und einer zunehmenden Anaemie eine Blutuntersuchung gemacht und die Serodiagnose fiel positiv aus. Eine luetische Infektion leugnete Patient während seines Aufenthaltes auf der chirurgischen Abteilung hartnäckig. Die Temperaturen bewegten sich zwischen 37,0—37,7. Die Schmerzen waren gering. Am 7. V. wird Patient zwecks Einleitung einer Quecksilberkur auf die dermatologische Abteilung verlegt.

Statuts: Mittelgrosser, sehr blass aussehender Jüngling in leidlichem Ernährungszustande. Muskulatur schlaff, schwach entwickelt. Schwach angedeutetes Leucoderm am Halse und in

der Gegend der Achselfalten. Plaque auf der rechten Tonsille, linke verschleiert. Circumcisionsnarbe am Penis. Inguinales beiderseits vergrössert, rechte cubitalis deutlich palpabel. Cervicales beiderseits angeschwollen. Occipitalis nicht fühlbar.

Das rechte Kniegelenk ist geschwollen. Umfang über der Höhe der Patella 39 cm gegen 34 cm links. Die Kniescheibe ist beweglich, schwappt. Starker Erguss. Haut normal. Die das Gelenk konstituierenden Knochen sind nicht druckempfindlich, auch nicht verdickt. Streckung möglich. Beugung ziemlich beschränkt. Spontan keine, beim Gehen ziemlich starke Schmerzen. Knirschen nicht fühlbar. Die übrigen Gelenke frei. Haut ohne Besonderheiten. Lungen und Abdominalorgane normal.

Therapie: Injektionen von Calomelparaffin und Verbände mit grauer Salbe.

10. V. Umfang des rechten Knies 38 cm.

17. V. Gutes Befinden. Umfang des rechten Knies 36,8 cm.

28. V. Der Unterschied im Umfange beträgt 2 cm (rechtes Knie 36 cm, linkes Knie 34 cm). Das Exsudat anscheinend fast völlig geschwunden; es besteht noch eine Kapselverdickung.

29. V. 0,1 ccm einer 10% Calomelparaffinlösung wird in das Gelenk selbst injiziert.

30. V. Patient klagt über ziemlich starke Schmerzen im rechten Kniegelenk.

31. V. Schmerzen angeblich geringer.

1. VI. Heute wieder beschwerdefrei.

2. VI. Rechtes Knie 35 cm, linkes Knie 34 cm.

9. VI. Differenz 4 mm.

18. VI. Befund unverändert. Flexion fast vollständig. Configuration des rechten Gelenkes normal. Patient verlässt auf eigenen Wunsch das Hospital. Im ganzen hat er 0,425 gr Calomel injiziert erhalten.

In diesem Falle trat auf ein Trauma eine Schwellung des rechten Kniegelenks mit starkem Erguss auf. Die Affektion wurde zunächst als einfacher Hydrops aufgefasst, zumal anamnestisch kein Anlass zur Annahme einer Lues vorlag, aber die sachgemässe, chirurgische Behandlung führte nicht zum Ziele. Erst eine genaue Körperuntersuchung führte darauf, dass eine syphilitische Gelenkerkrankung vorliegen könnte, und der positive Ausfall der Wassermannschen Reaktion liess neben den

anderen Symptomen keinen Zweifel an der spezifischen Natur des Leidens bestehen. Auch die in dieser Hinsicht vervollständigte Anamnese ergab, dass die luetische Infektion ein Jahr zurücklag. Es wurde eine energische spezifische Behandlung eingeleitet und der Erfolg derselben bestätigte die Diagnose. Denn schon nach ganz kurzer Zeit schwanden die Temperatursteigerungen und die Schwellung ging fast völlig zurück. Es ist interessant, dass die Gelenklues sich hier unmittelbar an ein Trauma anschloss. Das Trauma mag in diesem Falle genau dieselbe Rolle als auslösendes Moment durch Setzen eines locus minoris resistentiae gespielt haben, wie es uns bei anderen Knochen- und Gelenkerkrankungen vor allem bei akuter Osteomyelitis und bei Tuberkulose geläufig ist.

Fall 6.

G. L., 40 Jahre alt. Bauarbeiter. Aufgenommen auf die innere 20. IX. 08, verlegt 9. XI. 08 auf die dermatologische Abteilung; entlassen 15. I. 09.

Anamnese: Vater gestorben. Todesursache unbekannt. Mutter starb an einem Leberleiden. Ein Bruder leidet angeblich an Gicht. Ein Bruder lebt und ist gesund.

War Soldat, ist nicht verheiratet. 1903 Gonorrhoe. Vor sechs Jahren ein Geschwür am Glied. Kein Ausschlag danach, nur zwei Jahre später Geschwür am rechten Unterschenkel. In der Kindheit Masern; während der Schulzeit will er stets gesund gewesen sein. Seit dem 20. September 1908 lag Patient wegen chronischem Gelenkrheumatismus auf der inneren Abteilung. Da Verdacht auf eine luetische Gelenkaffektion (Serodiagnose zweimal positiv) besteht, wird Patient auf die Hautabteilung verlegt. Gegenwärtig klagt er über Schmerzen im rechten Hand- und Ellenbogen- sowie in beiden Schultergelenken.

Status: Grosser, kräftig gebauter Mann in gutem Ernährungszustande. Muskulatur gut entwickelt, Gesicht etwas gedunsen. Tremor der Zunge und Hände. Zahlreiche Acneknötchen auf dem Rücken. Das unterste Drittel der Vorderfläche des rechten Unterschenkels zeigt eine Gruppe zehnpfennigstückgrosser, strahliger, nur durch schmale Hautbrücken von einander getrennter Narben.

Am Praeputium eine längliche Narbe. Brust- und Abdominalorgane normal. Bei Bewegungen Schmerzen in beiden Schulter-, rechtem Hand- und rechtem Ellenbogengelenk. Die beiden letzteren sind etwas geschwollen. Haut normal. Die Arme können nicht ganz gehoben werden.

Therapie: Allgemeinbehandlung mit Hg.-Salicylinjektionen.

19. XI. Rechtes Ellenbogen- und Handgelenk frei, dagegen bestehen die Schmerzen in den Schultergelenken weiter, sind aber angeblich geringer geworden.

30. XI. Immer noch etwas Schmerzen in den Schultergelenken. Patient kann die Arme fast ganz heben. Bis jetzt 0,375 Hg.-salicyl.

9. XII. Seit zwei Tagen keine Schmerzen in den Schultergelenken.

15. XII. Beschwerdefrei. Auf Wunsch entlassen.

Dieser Fall verlief ganz unter dem Bilde einer Polyarthritis rheumatica chronica und wurde auch unter der Diagnose längere Zeit erfolglos mit Antirheumaticis behandelt. Er verdient insofern Beachtung, als sich hier am Körper keine sicheren Erscheinungen einer manifesten Lues fanden. Erst die positive Serodiagnose nebst verdächtigen Narben am Unterschenkel brachten auf den Gedanken, dass eine Gelenklues vorliegen könnte. Und der Erfolg der spezifischen Behandlung bestätigte die Diagnose. Auf die aetiologische Bedeutung einer durch die Wassermannsche Reaktion festgestellten Syphilis bei chronischen Gelenkerkrankungen haben in neuerer Zeit Heckmann und Stühmer besonders hingewiesen.

Fall 7.

M. W., 29 Jahre alt, Bureaugehilfe. Aufgenommen 29. XII. 08 auf die innere, 13. I. 09 auf die dermatologische Abteilung verlegt, entlassen 17. II. 09.

Anamnese: Vater starb an einem Lungenleiden, Mutter an Zuckerkrankheit. Zwei Geschwister sind klein gestorben. Vier leben und sind gesund. Als Kind hat Patient Masern durchgemacht. 1904 erkrankte er im Chinafeldzuge an Malaria. 1903 Tripper mit „weichem Schanker" und Hodenanschwellung, damals beiderseitige Leistendrüseneiterung. Zwei Jahre später Magen-

katarrh. 1907 waren mehrere Gelenke von „Gelenkrheumatismus" befallen, damals war Patient zehn Wochen krank, doch spürte er nachher noch immer Schmerzen in den Knieen.

Das jetzige Leiden begann Ende September 1908 mit einer Schwellung und Schmerzen im linken Handgelenk, dann wurden der Reihe nach das linke Schulter-, rechte Ellenbogen- und die beiden Kniegelenke befallen. Herzbeschwerden hat Patient nie gehabt.

Status: Grosser, mittelkräftig gebauter Mann in ziemlich gutem Ernährungszustande. Hautfarbe blass. Muskulatur gut entwickelt. In den Leistenbeugen Operationsnarben. Herz in normalen Grenzen. An der Spitze neben dem ersten Tone ein feines Rauschen. Spitzenstoss in der Mammillarlinie. Lungen und Abdominalorgane normal. Milz nicht palpabel. Temperatur leicht febril.

Extremitäten: Bei Bewegungen schmerzhaft sind linkes Schultergelenk, beide Ellenbogengelenke, letztere auch etwas geschwollen. Rechtes Handgelenk schmerzhaft und geschwollen. Geringe Schmerzhaftigkeit bei Beugung beider Kniee.

Therapie: 5 g Natr. salicylicum täglich, Mesotan, Schwitzen.

3. I. Keine Reaktion auf Salicyl. Die Schmerzen bestehen weiter. Blutuntersuchung nach Wassermann positiv.

10. I. Unveränderter Befund. Schmerzen und Schwellungen wie bisher. Fieber besteht weiter.

12. I. Auf dem Kopfe befindliche harte Vorwölbungen am Knochen werden als luetische Affektionen (Tophi) gedeutet.

13. I. Zur Injektionskur nach der dermatologischen Abteilung verlegt.

14. I. Dermatologischer Befund: In der Mitte des rechten Unterkiefers ein eindeutiges tuberöses Syphilid von Zehnpfennig-grösse, das grossenteils unter Zurücklassung einer schwach braun pigmentierten Narbe abgeheilt ist; an beiden Nasenflügeln zwei gleiche, nur kleinere von abgeheilten tuberösen Syphiliden herrührende Narben. Auf der dunkel pigmentierten Haut des Penis zwei weissliche Narben. In beiden Leistenbeugen Buboincisionsnarben. Keine wesentlichen Drüsenanschwellungen. Auf beiden Scheitelbeinen findet man je eine harte, nicht schmerzhafte Auftreibung (Tophus). Linkes Schultergelenk schmerzhaft bei Bewegungen, Erheben und Rotieren des linken Armes nicht möglich. Beide Ellenbogen- und Handgelenke schmerzhaft und leicht geschwollen. Knirschen nicht fühlbar

Therapie: Calomelinjektionen. Verbände mit Ungt. Hydrarg. cin. um die Gelenke.

16. I. 2 g Jodkali, allmählich steigend auf 8 g täglich.

17. I. Besserung. Schmerzen geringer.

27. I. Der Zustand hat sich so gebessert, dass Patient sämtliche Gelenke frei bewegen kann; nur das linke Schultergelenk ist in der Bewegung noch etwas behindert. Patient klagt über starken Schnupfen und Stirndruck. Starke Jodakne. Aussetzen des Jodkali.

30. I. W. klagt immer noch über geringe Schmerzen im linken Schultergelenk.

3. II. Schmerzen völlig geschwunden.

15. II. Seither Befinden gut. Gelenke frei beweglich.

17. II. Geheilt entlassen.

Die vorliegende Anamnese zeigt, dass hier schon ein Jahr vorher ein Gelenkleiden aufgetreten ist. Ob die Gelenkaffektion damals spezifischer Natur war, lässt sich nicht mit Sicherheit sagen; jedoch deutet die lange Dauer der Behandlung und die teilweise Besserung darauf hin, dass es sich schon damals um eine Gelenkerkrankung handelte, deren Grundlage nicht einfach rheumatischer, sondern luetischer Natur war. Dass seinerzeit auf eine antirheumatische, nicht spezifische Therapie eine gewisse Besserung, nicht Heilung, eintrat, darf nicht Wunder nehmen. Sehen wir doch auch sonst spezifische Luessymptome manchmal auf indifferente Therapie, ja sogar spontan schwinden, eine Tatsache, die sich die Kurpfuscher aller Zeiten sehr zum Nutzen gedeutet haben. Auch das gegenwärtige Gelenkleiden wurde zunächst für einen einfachen chronischen Gelenkrheumatismus gehalten und als solcher behandelt. Erst das Versagen der antirheumatischen Therapie und das Auffinden tertiär-syphilitischer Symptome führte darauf, dass das Leiden durch Lues bedingt sein könnte. Die eingeleitete antisyphilitische Kur brachte auch hier in kurzer Zeit einen glänzenden Erfolg.

Fall 8.

P. F., 47 Jahre. Puella publica. Aufgenommen den 6. X. 08 auf die innere, verlegt 12. XII. 08 auf die dermatologische Abteilung.

Patientin war 15 Jahre verheiratet, jetzt 8 Jahre geschieden. Bald nach ihrer Scheidung kam sie unter sittenpolizeiliche Aufsicht. Sie gebar ausserehelich ein Kind, das heute noch gesund lebt, heiratete dann und hatte 6 Kinder, von denen vier im Kindesalter starben; 1 mit 10 Jahren verunglückte und das jüngste — 15 Jahre alt — gesund, lebt. Aborte oder Frühgeburten sind nicht vorgekommen. Patientin will in ihrer Jugend gesund gewesen sein; auch später ist sie angeblich nie ernstlich krank gewesen. Frühjahr 1899 lag sie wegen „Gelenkrheumatismus" auf der inneren Abteilung des Hospitals. Mai—Juni 1900 wurde sie wegen Lues auf hiesiger dermatologischer Abteilung behandelt und nach 0,6 Hg.-Salicylinjektionen und 40 g Hg. cin. Resorbineinreibungen entlassen. Im darauffolgenden Jahre die zweite 0,3 Hg.-salicyl und August 07 die dritte intermittierende Kur 0,275 Hg.-salicyl.

6. X. 08 suchte Patientin wegen eines Gelenkleidens, an dem sie schon 6—7 Wochen litt, das Hospital auf; wurde über zwei Monate auf der inneren Abteilung wegen Polyarthritis rheumatica chronica mit allen möglichen Antirheumaticis und medicomechanischen Massnahmen behandelt, ohne dass ein dauernder Erfolg zu erzielen war. Erst nach zwei Monaten führt eine genaue Körperuntersuchung, die eine spezifische Hauterkrankung erkennen lässt, auf den Gedanken, dass das Gelenkleiden wohl auf Lues zurückzuführen sei. Zwecks Einleitung einer spezifischen Kur wird daher Patientin auf die dermatologische Abteilung verlegt.

Status: Mittelgrosse Patientin mit gut entwickelter Muskulatur in gutem Ernährungszustande. Die Hautfarbe ist blass. In der Gegend der linken Ellenbeuge zwei tuberöse Syphilide von Ein- bis Zweimarkstückgrösse.

Das linke Fussgelenk ist etwas geschwollen, bei Bewegung schmerzhaft. Verdickung beider Kniekapseln an der oberen Umschlagsstelle; rechts nachweisbarer Erguss. Hüftgelenke frei.

Metacarpo - phalangealgelenke rechts sämtlich, links des Daumens verdickt, bei Bewegungen schmerzhaft. Hand- und Ellenbogengelenke frei.

Therapie: Hg.-Salicylinjektionen; Localverband mit Ungt. cinereum. Auf die tuberösen Syphilide Hgpflaster. Jodkali innerlich dreimal 1,0 täglich.

19. XII. Die Schwellung des linken Fussgelenkes völlig zurückgegangen. Rechtes Kniegelenk noch immer geschwollen. Weiter Verband mit grauer Salbe und Gummikompression.

22. XII. Noch Empfindlichkeit der Metacarpophalangealgelenke rechts. Die Schwellung des rechten Kniegelenkes geschwunden. Auf Hände Verband mit grauer Salbe.

4. I. Die Verdickungen der Metacarpophalangealgelenke sind zurückgegangen.

13. I. Gelenke frei beweglich

20. I. Auf Wunsch geheilt entlassen. In toto. 0,65 Hg.-salicyl und 108 g Jodkali.

Auch dieser Fall verlief ganz unter dem Bilde eines chronischen Gelenkrheumatismus und wurde dementsprechend längere Zeit mit Antirheumaticis behandelt. Erst die Erfolglosigkeit dieser Therapie und das Auffinden von syphilitischen Hauterscheinungen führte auf den Gedanken, dass das vorliegende Gelenkleiden spezifischer Natur sein könnte. Und die sofort eingeleitete antisyphilitische Behandlung rechtfertigte die Diagnose. Auch hier hat schon früher eine sicher spezifische Gelenkerkrankung bestanden, die ohne eine besondere Behandlung sich leidlich zurückgebildet hatte. Der endgültige Erfolg bis zum Schwinden aller Erscheinungen auf geeignete spezifische Massnahmen ist um so bemerkenswerter.

Fall 9.

P. F., 29 Jahre alt, Malergehilfe. Aufgenommen 4. I. 10 auf die innere Abteilung, verlegt 5. IV. 10 auf die chirurgische Abteilung.

Anamnese: Familienanamnese o. B. Beide Eltern leiden an Reissen. Geschwister gesund, keine gestorben. Keine Lungen-, keine Nervenleiden in der Familie. Patient hatte als Kind Masern, sonst bis 1901 keine Krankheiten, insbesondere keine Erscheinungen von Bleivergiftung. Er war 1901—1903 beim Militär. Hat bis 1906 ohne Unterbrechungen gearbeitet.

1904 hatte er Tripper, rechtsseitigen Leistenbubo, ein Geschwür und einen Ausschlag und machte eine Schmier- und Spritzkur durch. Mai bis August 1906 lag er wegen Gelenkrheumatismus im Krankenhause, hat damals Schwellung an sämtlichen Gelenken gehabt und ist gebessert entlassen worden, nachdem er daselbst

eine Schmierkur gemacht hatte. 1907 und 1908 angeblich zwei Injektionskuren. Im Jahre 1908 bemerkte Patient zunächst eine schlechte Beweglichkeit im rechten Knie. Dezember 1908 traten auch Schmerzen im linken Kniegelenk auf. Gleichzeitig mit der Versteitung des rechten Kniegelenkes traten Veränderungen in beiden Handgelenken auf (1908), die allmählich immer mehr zunahmen. Patient hat seitdem höchstens zwei Monate hintereinander arbeiten können, hat wiederholt lange im Krankenhause gelegen und ist mit zahlreichen Mitteln angeblich ohne Erfolg behandelt worden. Juni bis August 1909 Moor- etc. Bäder. Im Januar 1909 wurde das verkrümmte rechte Knie in Narkose gestreckt, ist aber seitdem allmählich wieder krumm geworden. Seit einigen Wochen auch das linke Knie verkrümmt. Niemals Herzbeschwerden.

Befund (Innere Abteilung): 4. I. Kräftig gebauter Mann in gutem Ernährungszustande, keine Oedeme, keine Exantheme. In der rechten Leistenbeuge eine kleine Schnittnarbe. Temperatur: 37,3. Puls: 94.

Gelenke: Im rechten Handgelenk nur sehr geringe Bewegungen möglich, linkes Handgelenk fast völlig ankylosiert.

An beiden Händen im Interphalangealgelenk des Daumens beschränkte Beugung. Zweites Interphalangealgelenk beider Mittelfinger verdickt, Beugung beschränkt, Knirschen.

Beide Kniegelenke werden gebeugt gehalten. Streckung und Beugung links hochgradig, rechts sehr hochgradig behindert. Linke kleine Zehe liegt der vierten auf. Die übrigen Gelenke einschliesslich der Wirbelsäule sind anscheinend frei. Pupillenreaktion prompt. Patellar- und Achillesreflexe lebhaft.

Herztöne rein, keine besondere Akzentuation.

Lungen und Abdominalorgane o. B.

Therapie: Massage der Kniegelenke und des rechten Handgelenks mit Jodthionvaseline.

17. I Nach Massage mit Jodthionvaseline nur im linken Kniegelenk geringe Besserung des Bewegungsvermögens. Heute Venenpunktion. Röntgenphotographie: Am rechten Kniegelenk Verschleierung der Gelenkspalte. Deutliche arthritische Veränderungen (zackenförmige Begrenzung); desgleichen am linken Handgelenk, woselbst ausserdem zwischen einzelnen Carpalknochen keine deutlichen Gelenkspalten mehr sichtbar sind.

18. I. Beginn einer Hg.-Schmierkur.

22. I. Serumreaktion auf Lues positiv (Kgl. Hautklinik).

3. II. Die Schmierkur wird fortgesetzt und gut vertragen. Keine Stomatitis. Das linke Kniegelenk kann jetzt bei Anstrengung des Patienten schon etwas besser gestreckt werden. Gestern tritt im Urin plötzlich 0,7% Saccharum auf.

7. II. Zucker wieder verschwunden.

8. II. Von heute ab Fangopackungen.

11. II. Das linke Handgelenk kann leicht bewegt werden (mehr ein leichtes Wackeln). Heute plötzlich starke Schmerzen in dem bisher freien rechten Schultergelenk.

13. II. Heute auch Schmerzen im linken Schultergelenk.

17. II. Schultergelenk frei. Hg.-Kur wird beschwerdefrei vertragen. Gelenke wie am 3. II. und 11. II.

28. II. Keine merkliche Änderung. Patient glaubt die Empfindung zu haben der freieren Beweglichkeit. Zeitweise treten in verschiedenen Gelenken leichte Schmerzen auf, die auf Wärmeapplikation (Fangopackung) sehr bald wieder schwinden.

5. III. Schmierkur beendet (120 gr Ungt. Hg. cin.). Im allgemeinen Wohlbefinden. Gelenke wie oben, aber etwas beweglicher. Patient erhält jetzt Dampfbäder, die er gut verträgt.

14. III. Patient ist meist ausser Bett und kann sich ganz leidlich ohne Hilfe und ohne Stock bewegen.

3. IV. Patient wird nach dem Bade kräftig massiert und vordem werden am linken Bein Streckbewegungen vorsichtig ausgeführt. Subjektives Befinden o. B.

5. IV. Die Schmerzen sind ganz zurückgegangen. Der Gelenkstatus ist dauernd unverändert. Das rechte Bein kann fast zum Rechten gebeugt werden und bis zirka 150° gestreckt werden; das linke kann etwas schlechter gebeugt und bis 150° gestreckt werden. Im rechten Handgelenk können nur geringe Bewegungen und Streckungen ausgeführt werden; im linken Handgelenk ist die Beweglichkeit etwas besser. Zwecks medico-mechanischer Behandlung auf die chirurgische Abteilung verlegt.

Befund (chirurgische Abteilung): Patient geht in gebückter Haltung, die Kniegelenke sind durchgedrückt, der Gang ist langsam. Kein Exanthem, keine Drüsenschwellungen. In der rechten Regio inguinal. eine kleine Incisionsnarbe.

Temperatur 36,6, Puls 80, regelmässig. Nervensystem i. O., Brust und Abdominalorgane o. B.

Untere Extremitäten: Beide Kniegelenke stehen in Beugestellung; rechts beträgt der Winkel zwischen dem Ober- und Unterschenkel 135°, links 145°. Das rechte Kniegelenk kann bis zu einem Winkel von 145°, das linke bis zu einem Winkel von 152° aktiv bewegt (gestreckt) werden.

Aktive Beugung ist rechts bis zu einem Winkel von 110°, links bis zu einem Winkel von 100° möglich.

Passive Bewegung ist über die angegebenen Winkelmasse nicht möglich.

Die Configuration der Kniegelenke ist vollkommen verstrichen. Vielleicht ist rechts eine Fluktuation nachweisbar, wohl aber fühlt man bei Bewegung knarrende Geräusche. Nur geringe Schmerzen. Fussgelenke vollkommen frei.

Handgelenke: Die aktive wie passive Bewegung des linken Handgelenkes ist vollkommen aufgehoben, während die des rechten noch ein wenig erhalten ist. Auffallend sind auch die äusseren sichtbaren Veränderungen der Handgelenke, deren Konturen verstrichen sind. Die II. Interphalangealgelenke beider Mittelfinger sind aufgetrieben, die Bewegung in beiden beschränkt. In fast sämtlichen Interphalangealgelenken, wie namentlich in den Metacarpophalangealgelenken, fühlt man bei Bewegung eigentümliche, knarrende Geräusche. Auch am rechten Ellenbogen, welcher eine geringe Beugekontraktur zeigt, einige unbedeutende Veränderungen.

Therapie: Da es sich sehr wahrscheinlich um eine schwere luetische Gelenkerkrankung handelt, wird wieder eine energische Hg.-Kur (Injektion von Calomelparaffin) eingeleitet, mit innerlicher Verabreichung von Jodkali, allmählich steigend auf 6 g täglich. Verbände von Ungt. einer. c. Resorb. parat. auf die befallenen Gelenke.

9. IV. 1. Injektion 0,025 Calomel, 5 mal 1,0 Jodkali. Urin frei.

13. IV. 2. Injektion 0,025 Calomel.

15. IV. Die Calomelinjektionen werden gut vertragen. Keine Durchfälle, keine Stomatitis. 6 mal 1,0 Jodkali.

20. IV. 0,05 Calomel 3. Injektion. Weiter Jodkali. Bereits eine wesentliche Besserung in den Kontrakturen der Kniegelenke wie in der Beweglichkeit beider Handgelenke zu verzeichnen. Urin frei.

27. IV. 0,05 Calomel 4. Injektion. Weiter Jodkali, keine Durchfälle. Gutes Allgemeinbefinden. Urin frei.

1. V. 0,05 Calomel 5. Injektion. Urin frei. Die Beweglichkeit in beiden Handgelenken, wie ganz besonders in beiden Kniegelenken, von denen die Kontraktur des linken fast ausgeglichen ist, ist auffallend gebessert. Knarrende Geräusche in den Gelenken bei Bewegung zu fühlen.

2. V. Enteritis. Tinct opii simpl.

5. V. Durchfälle sistieren; kein Opium mehr.

10 V. 0,05 Calomel 6. Injektion. Urin-Alb. Weiter Jodkali 6 mal 1,0 täglich.

13. V. Die Kontraktur im linken Kniegelenk ist ganz ausgeglichen. Das Knie kann aktiv bereits gut bewegt werden.

Therapie: Massage, aktive wie passive Bewegungen. Rechts ist bereits aktive wie passive Bewegung möglich. Die Kontraktur ist noch nicht ganz ausgeglichen, infolgedessen Stärkeverband hierselbst.

16. V. Patient hat eine leichte Stomatitis bekommen, daher wird heute mit Calomelinjektion ausgesetzt.

Zwei Jahre nach der luetischen Infektion ist hier ein Gelenkleiden aufgetreten, das trotz öfter durchgeführter spezifischer Behandlung immer weiter fortgeschritten ist, bis schliesslich sich das Bild eines chronischen Gelenkrheumatismus mit starken arthritischen Veränderungen entwickelt hatte. In diesem Zustande kam Patient auf die innere Abteilung zur Aufnahme und wurde wieder einer Schmierkur ohne nennenswerten Erfolg unterzogen. Es wurde daher die Diagnose Gelenklues fallen gelassen und Patient zur medico-mechanischen Behandlung auf die chirurgische Abteilung verlegt. Hier wurde eine energische Quecksilberbehandlung (Injektion von Calomel) vorgenommen und in ganz kurzer Zeit eine bedeutende Besserung erzielt. Der Fall zeigt ganz deutlich, dass bei der Behandlung spezifischer Arthropathieen Injektionsden Inunktionskuren vorzuziehen sind.

Die vorstehenden Krankengeschichten illustrieren deutlich die Richtigkeit der in der Einleitung gegebenen Bemerkung, dass es ein typisches Bild für luetische Gelenkerkrankungen nicht gibt. Wir sehen in der Tat in den angeführten Fällen alle nur denkbaren Varianten in den Erscheinungen. Es ergibt sich aus dieser Zu-

sammenstellung die Verpflichtung, bei allen Gelenkerkrankungen, die der Behandlung irgendwie stärkeren Widerstand leisten, an Lues zu denken und auf Erscheinungen einer Lues zu fahnden. Dabei muss vor allen Dingen an dem alten Axiom gerüttelt werden, dass grössere luetische Prozesse im Organismus nicht mit Fieber auftreten, besonders nicht mit langdauerndem Fieber mit höheren Temperaturen. Das ist, wie die Geschichte dieser Gelenkerkrankungen ergibt, durchaus falsch. Wir sehen Gelenkerkrankungen auftreten ganz unter dem Bilde eines akuten Gelenkrheumatismus mit hohen Temperaturen, bei denen wohl manchmal ein gewisser remittierender Typus, besonders bei nächtlichen Messungen (eine Remission in den Morgenstunden) festzustellen ist. Aber auch dieses Verhalten der Fieberkurven ist nicht regelmässig.

Für die Diagnose ist ferner von Wichtigkeit die Heranziehung der Serodiagnostik nach Wassermann. Es ist zweifellos, dass durch diese viele Fälle, bei denen man keine Schlüsse aus dem Körperbefund (Drüsenschwellungen beweisen ja eigentlich garnichts für Lues) auf eine bestehende Lues ziehen kann, geklärt werden.

Bei der Behandlung der syphilitischen Arthropathieen steht die Quecksilberbehandlung im Vordergrunde. In allen Fällen von Gelenklues ist sie vorzunehmen.

Es unterliegt gar keinem Zweifel, dass, je energischer die Behandlung ist, desto besser die Erfolge auch sein werden. Nach dieser Richtung geben wir für die Behandlung überhaupt der Injektionsbehandlung den Vorzug, gehen sogar in den meisten Fällen und am liebsten zur Calomelbehandlung über. Die Fälle der

Spätperiode erfordern meist die Darreichung von Jod neben der Quecksilberbehandlung; ja es finden sich Fälle aus der Spätperiode, die überhaupt anscheinend nicht auf Quecksilber allein reagieren, sondern bei denen erst nach Jodgebrauch eine Besserung eintritt. Umgekehrt ist natürlich auch wieder hier, wie sonst allgemein der altererbte Grundsatz: für die Frühformen Quecksilber – für die Spätformen Jod – ganz hinfällig. Auch die Frühperiode hat diese merkwürdigen Erscheinungen, dass oft nicht Quecksilber allein zum Ziele führt. Obgleich hier der Prozess im wesentlichen einer Aussaat von Spirochaeten in die Gelenke seine Entstehung verdankt, tritt doch eine Wirkung der Quecksilberbehandlung nicht in allen Fällen so eklatant ein, wie wir das sonst bei allgemeinen Überschwemmungen des Körpers mit Spirochaeten zu sehen gewohnt sind. Es ist in solchen Fällen dann auch nötig, eine Jodbehandlung hinzuzufügen.

Es ist selbstverständlich, dass sonst alle lokalen Manipulationen, die mehr nach der chirurgischen Richtung liegen, herangezogen werden müssen, um die Behandlung zu unterstützen. Dahin gehören eventuell Fixationen erkrankter Gelenke, heisse Bäder und heisse Umschläge, lokale Applikationen von Jodtinktur oder Verbände mit grauer Salbe und Gummikompressionen, ganz zuletzt event. Punktion und lokale Injektionen von Quecksilbersuspensionen. Über die Erfolge dieses Verfahrens, das an sich ja zweifellos wenigstens in der Theorie sehr rationell ist, stehen uns noch nicht genügende Erfahrungen zur Seite, um ein abschliessendes Urteil darüber abgeben zu können. Immerhin sei auch

an dieser Stelle auf die lokale Quecksilberbehandlung mit Injektionen hingewiesen.

Zum Schlusse sei mir gestattet, Herrn Professor Dr. Harttung für die Anregung zu dieser Arbeit und für seine Unterstützung bei ihrer Anfertigung meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Borchardt, Ueber luetische Gelenkentzündungen. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. 61, Jahrg. 1901.
2. Bosse, Gelenkleiden auf der Basis von Geschlechtskrankheiten. Berl. klin. Wochenschrift 1907, Nr. 43 u. 44.
3. Fouquet, Traité de la syphilis articulaire. Paris 1905. Thèse-medical.
4. Harttung, Luetische Gelenkerkrankungen. Med. Klinik 1909, Nr. 27.
5. — Demonstrationen. Allgem. med. Zentralzeitung 1909, Nr. 7.
6. Heckmann, Zur Aethiologie der Arthritis deformans.
7. Landerer, Einige Fälle von Gelenkaffektionen Erwachsener. Archiv für klinische Chirurgie. Nr. 30, 1884.
8. Pielicke, Die syphilitischen Gelenkkrankheiten. Berl. klin. Wochenschrift Nr. 4 u. 5, 1898.
9. Rasch, Beiträge zur Kenntnis der syphilitischen Gelenkkrankheiten. Archiv für Dermat. u. Syphilis, 1891. Bd. XXIII.
10. Renvers, Ueber Gelenkkrankheiten und Syphilis. Archiv für Dermat. u. Syphilis, 1894. Bd. XXVIII.
11. — Zur Kenntnis der syphilitischen Gelenkerkrankungen. Vortrag. Dermat. Zeitschrift, Bd. I.
12. Schüller, Langenbecks Archiv, Nr. 28.
13. Stühmer, Ueber die aetiologische Bedeutung der Syphilis bei chronischen Gelenkerkrankungen.
14. Virchow, Virchows Archiv, Nr. 15.

Lebenslauf.

Geboren wurde ich, Stefan Wysocki, katholischer Konfession, am 27. August 1881 zu Pleschen, Provinz Posen. Den ersten Gymnasialunterricht genoss ich im Progymnasium meiner Vaterstadt, besuchte alsdann das Gymnasium in Ostrowo und erhielt am 25. Februar 1902 das Zeugnis der Reife. Ostern 1902 bezog ich, um mich dem Studium der Medizin zu widmen, die Universität Breslau, wo ich sieben Semester verblieb und Michaelis 1904 die ärztliche Vorprüfung bestand. Das achte Semester studierte ich in Berlin, kehrte Ostern 1906 nach Breslau zurück und absolvierte im Sommersemester 1907 das medizinische Staatsexamen. Am 10. November 1907 trat ich als Medizinalpraktikant auf der inneren Abteilung B des städtischen Krankenhauses zu Allerheiligen in Breslau ein und ging dann nach siebenmonatiger Tätigkeit an die dermatologische Abteilung über, wo ich jetzt als Sekundärarzt tätig bin.

Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen und Kliniken folgender Herren Professoren und Dozenten:

Breslau:

Anschütz, Brefeld, Biberfeld, Bonhoeffer, H. Cohn†, Czerny, Dienst, Filehne, Flügge, Garrè, Hasse, Heine, Hinsberg, Hürthle, Kausch, Kückenthal, Küstner,

Krause, Ladenburg, Lesser, O. E. Meyer †, v. Mikulicz-Radecki †, Müller, Neisser, Peter, Ponfick, Röhmann, Schaper, Stahr, R. Stern, v. Strümpell, Uhthoff, Winkler.

Berlin:

Abelsdorff, Bergmann †, Henkel, Kraus, Lesser, Lewin, Michaelis, Olshausen, Ziehen.

Diesen meinen verehrten Lehrern fühle ich mich zu grossem Danke verpflichtet.